

Al Magnifico Rettore

dell'Università UniCamillus

Via di Sant'Alessandro 8

00131 Roma

**Selezione per titoli per il conferimento di incarichi di insegnamento nei Corsi di Laurea e Laurea
Magistrale della Facoltà Dipartimentale di Medicina e Chirurgia**

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via _____
CAP _____ e-mail _____ tel. abitazione _____
_____ tel. cellulare _____ Qualifica _____
C.F. _____

CHIEDE

Di essere ammesso/a alla selezione per titoli per il conferimento di incarichi di insegnamento nei Corsi di Laurea e Laurea Magistrale a ciclo unico della Facoltà Dipartimentale di Medicina e Chirurgia, per l'anno accademico 2020/2021

Facoltà Dipartimentale di Medicina e Chirurgia

Insegnamento:

Anno di corso: III

Il sottoscritto dichiara di non trovarsi in uno dei casi di incompatibilità previsti dal Bando.

Il sottoscritto esprime il proprio consenso affinché i dati personali possano essere trattati nel rispetto del Regolamento UE 2016/679D per gli adempimenti connessi alla presente procedura.

Allegati:

a) fotocopia documento identità;

b) **curriculum vitae et studiorum**, datato e firmato, della propria attività scientifica, didattica e professionale, comprensivo dell'elenco dei titoli utili ai fini della selezione e di tutte le pubblicazioni;

c) **dichiarazione sostitutiva** di atto di notorietà attestante la veridicità di quanto dichiarato nel curriculum vitae et studiorum.

Roma,

In fede

Firma

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO DI NOTORIETA'
AI SENSI DEL DPR 445 /2000

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____
il _____ residente a _____ in via _____
CAP _____ e-mail _____ tel. abitazione _____
_____ tel. cellulare _____ Qualifica _____
C.F. _____

CONSAPEVOLE DELLE SANZIONI PENALI RICHIAMATE DALL'ARTICOLO 76 DEL DPR 28 DICEMBRE 2000 N. 445 PER L'IPOTESI DI FALSITA' IN ATTI E DICHIARAZIONI MENDACI

DICHIARA

Che le informazioni contenute nel curriculum vitae et studiorum corrispondono al vero.

Data

Firma

(Allegare Documento di Identità)